NOV 16 1895 LIBRARY

Ein Beitrag zur Kenntniss

der

syphilitischen

Mastdarmverschwärungen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt von

Ernst Fischer

approb. Arzt aus Hamburg.

KIEL.

Druck von Chr. Donath.

1895.

Ein Beitrag zur Kenntniss

der

syphilitischen

Mastdarmverschwärungen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt von

Ernst Fischer

approb. Arzt aus Hamburg.

KIEL.

Druck von Chr. Donath.

1895.

Nr. 68.
Rectoratsjahr 1894/95.

Referent: **Dr. v. Esmarch.**

Druck genehmigt:
Dr. Flemming, z. Zt. Prodecan.

Seiner lieben Mutter

und

dem Andenken seines lieben Vaters

in

Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153718_0146

In der letzten Zeit ist eine grössere Anzahl von Arbeiten über chronische Mastdarmulcerationen und Stricturen veröffentlicht worden, welche in Bezug auf Pathologie und Therapie dieser Erkrankung neue Gesichtspunkte bieten, und als ihre Aetiologie Syphilis in den Vordergrund stellen.

Ich will zuerst eine kleine Uebersicht der jetzigen Ansichten über syphilitische Ulcerationen und Stricturen des Mastdarms geben.

von Esmarch[1]) schlägt in seinem Buche über Krankheiten des Mastdarms und des Afters pag. 93 für diese, in ihrem Verlaufe sehr gefährlichen, tiefgreifenden syphilitischen Mastdarmverschwärungen die Bezeichnung „gummöse Geschwüre" vor.

Im Hinblick auf die Pathogenese der Erkrankung ist es wunderbar, dass diese kurze, unzweideutige, das ganze Krankheitsbild in sich schon schildernde Bezeichnung nicht bereits überall durchgedrungen ist.

von Esmarch beschreibt die Pathogenese der genannten Erkrankung in dem Sinne, dass sich in der Mastdarmschleimhaut follikelähnliche, kleine gummöse Einlagerungen bilden, die an ihrer Kuppe geschwürig zerfallen und so scharfrandige, runde Geschwürchen bilden, welche durch raschen Zerfall der Schleimhaut sich vergrössern und in ihrem Grunde das submucöse Bindegewebe blosslegen.

Die später zur Beobachtung kommende Grösse und unregelmässige Gestalt der Geschwüre rührt dann vom Zusammenfliessen derselben, die Tiefe davon her, dass durch Zerfall der Submucosa die Muscularis freigelegt und zum Theil mit ergriffen wird.

Hiermit geht Schrumpfung und Verdickung der Submucosa einher, so dass sich auf diese Weise eine Verengerung des Darmlumens ergiebt.

Durch Weitergreifen des Krankheitsprocesses in die Tiefe kann es dann zu Perforationen, ausgedehnten Vereiterungen der Rectovaginalwand bei Frauen und der Rectovesicalwand bei Männern und zur Bildung von Mastdarmfisteln kommen.

---

[1]) von Esmarch, Krankheiten des Mastdarms und des Afters, pag. 93.

Diese schrittweise Entwicklung steigt von unten nach oben auf, so dass alle Bilder gleichzeitig, wenn auch räumlich nicht streng getrennt, an den verschiedenen Abschnitten des Mastdarms vorkommen können und in vielen Fällen auch beobachtet sind.

Zugleich wird meist, ausser der durch die narbige Schrumpfung entstandenen Strictur, eine entzündliche Infiltration und Wucherung des intermusculären Bindegewebes des Sphincter ani bemerkbar, welche die Portio analis verlängert und als ein enges Rohr mit rigiden Wanderungen erscheinen lässt.

Dadurch werden einerseits dem untersuchenden Finger erhebliche Schwierigkeiten geboten, andererseits aber auch der Kothsäule, welche schon ohnehin durch die oben erwähnte Strikturierung des Mastdarms behindert ist, ein nur schwieriger Durchtritt gestattet.

von Esmarch warnt davor, diese entzündliche Schwellung, wie sie auch bei andern Prozessen vorkommt, als pathognomonisch für syphilitische Mastdarmverschwärungen anzusprechen.

In seinem Buche über „Krankheiten des Mastdarms und des Afters" erwähnt von Esmarch noch ein Präparat von Meckel, welches Bärensprung genauer beschrieben hat. Dieses Präparat zeigte sehr deutlich, dass die eigentlichen Stricturen, welche nach eingetretener Vernarbung syphilitischer Geschwüre zurückbleiben, oberhalb des Sphincter ani am engsten wird, weil hier der grösste Substanzverlust stattgefunden.

Zugleich zeigte dieser Fall, es handelte sich um ein 31jähriges Mädchen, welches nach Verheilen der Mastdarmulcerationen an amyloider Degeneration der Unterleibsorgane starb, dass selbst sehr ausgedehnte syphilitische Mastdarmgeschwüre nicht als durchaus hoffnungslose Zustände betrachtet werden müssen, sondern bei geeigneter Behandlung zur Vernarbung kommen können.

In seiner Inauguraldissertation „Ueber einen Fall von Dickdarmsyphilis" erörtert Brandis[1]) die Schwierigkeit, mit absoluter Sicherheit Syphilis als ätiologisches Moment für Proctitis-ulcerosa anzuführen. Brandis führt dann nach Erledigung mehrerer aus der Litteratur bekannten Fälle von Syphilis des Dünn- und Dickdarms einen in der chirurgischen Klinik zu Kiel beobachteten Fall genauer aus.

[1]) Brandis, Ueber einen Fall von Dickdarmsyphilis, Kiel 1884, Inaug. Dissert.

Es handelte sich um eine 26jährige Frau, bei welcher Lues unzweifelhaft feststand. Intra vitam wurde Striktur des Mastdarms 4 cm oberhalb der Analmündung festgestellt. Im Jahre 1877 hatte die Patientin während eines acuten Gelenkrheumatismus 13 Tage Stuhlenthaltung und darauf sehr schmerzhaften Stuhlgang mit Blut und später mit Eiterbeimischung. Das Leiden wurde anfänglich für Haemorrhoiden angesehen und auf ärztliche Anordnung wurden Alaun- und Carboleinspritzungen gemacht, jedoch ohne Erfolg.

Im Jahre 1878 nach Aufnahme in ein Krankenhaus ergaben sich ausgedehnte Schleimhautulcerationen des Mastdarms und incomplete Mastdarmfistel.

Nach Ausschabung, Auspülung und Einspritzung von Salicylsäurelösung wurde Patientin nach 23 Wochen als gebessert entlassen.

Ende October 1880 liess sie sich in die chirurgische Klinik zu Kiel aufnehmen. Bei der sehr heruntergekommenen Frau bestanden äussere Haemorrhoidalknoten. 4 cm oberhalb des Afters wurden eine Striktur und ausgedehnte Geschwüre mit gelblichem Grunde festgestellt.

Am 4. November wurde eine antiluetische Kur sowie Bougie-Behandlung der Striktur eingeleitet. Am 17. December traten sehr heftige Leibschmerzen mit Erbrechen aller genossenen Speisen ein; Patientin wurde auf Milchdiät gesetzt. Am 20. December hatten die Schmerzen fast nachgelassen, es bestand aber völlige Appetitlosigkeit. Vom 30. December an stellten sich wieder periodisch eintretende sehr heftige Magen- und Leibschmerzen ein. Patientin ging dann am 7. Januar 1881 an zunehmendem Kräfteverfall zu Grunde.

Das Sectionsprotokoll über den Befund am unteren Intestinaltractus giebt Brandes wie folgt:

„Dickdarm mässig ausgedehnt, wenig Gase und dünnbreiige bräunliche Massen enthaltend, Schleimhaut mit dünner Lage zähen Schleimes belegt, vom Coecum bis zum Rectum durchaus intensiv rostfarben; an der Ileocoecalklappe beginnend, durch den ganzen Dickdarm zerstreut, findet sich eine Anzahl blass-weisslich gelber, theils unregelmässig, theils scharf rundlich begrenzter, kaum unter die Ebene der umgebenden Schleimhaut eingesunkene Geschwüre. Die umgebende rostfarbene Schleimhaut setzt sich mit einzelnen

breiteren und schmäleren Streifen auf die blasse Geschwürfläche fort. Diese Streifen sind vielfach brückenförmig unterminirt. Die Geschwürbasis ist eben, nur ganz wenig körnig, die Umgebung der Geschwüre nicht narbig herangezogen. Die solitären Follikel sind, als etwas blassere Flecken überall deutlich hervorgehoben.

Die Lymphdrüsen am Colon sind klein, derb, grösstentheils dunkelbraun gefärbt, ebenso die Retroperitonealdrüsen. Das Rectum ist in einer Längenausdehnung von 19 cm, in eine einzige grosse, theils glatte, theils uneben wulstige Geschwürsfläche von blass grauröthlicher Farbe umgewandelt, die wulstigen Partien sind von ganz leicht sammetartigem Aussehen; die glatten, meist weisslichem Narbengewebe gleichend. Im unteren Drittel finden sich einzelne in die Wand tief eindringende, zum Theil in das stark verdickte Fettgewebe führende, fistulöse Gänge. Unmittelbar über der Aftermündung ist das Rectum sehr eng, die unebene Geschwürsfläche von kirschrothen Wulsten überragt. — Die Muskularis ist sehr stark, doch umgleichmässig verdickt.“ —

Der mikroskopische Befund liess ebenfalls Syphilis als Aetiologie der Mastdarmverschwärung erkennen.

Tuberculose wurde sicher ausgeschlossen. Es hatte also dieser Fall, wenn man den Anfang der Darmerkrankung in die Zeit des ersten Blut- und Eiterabgangs aus dem After verlegt, etwa $2^3/_4$ Jahre gedauert, eine Zeit die ungefähr mit der von Strümpel[1]) auf $1^1/_2$—$2^1/_2$ Jahre bemessenen Dauer übereinstimmt.

Gegenüber diesem von Brandis beschriebenen Falle, der entschieden nach dem Sektionsbefund inoperabel anzusehen ist, veröffentlicht Sick[2]) im Jahrbuch der Hamburger Staatsanstalten, II. Jahrgang 3 Fälle von Mastdarmsyphilis mit Striktur, bei welchen er die sacrale Methode des Rectumexstirpation nach Kraske anwandte. Der Erfolg war ausgezeichnet, da in diesen Fällen die Erkrankung oberhalb der Anus anfing und es gelang, die erkrankten Darmabschnitte mit Erhaltung des Sphincters zu exstirpiren und so einen idealen Heilerfolg zu erzielen.

Vom therapeutischen Gesichtspunkte hat in neuester Zeit Knecht[3]) bei Gelegenheit der Vorstellung eines durch Operation

[1]) Strümpel, Spec. Pathologie und Therapie, I. pag. 696.

[2]) C. Sick, Jahrbuch der Hamb. Staatsanstalten, 5. Jahrgang 1890.

[3]) Knecht, freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. Deutsche med. Wochenschrift 1894, H. 32, pag. 77.

geheilten Falles von Proctitis ulcerosa in der „Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins“ unseren Gegenstand behandelt.

In dem als geheilt vorgestellten Falle war Syphilis sicher nachgewiesen, der ursächliche Zusammenhang der Lues mit der operirten strikturirenden Mastdarmverschwärung und Rectovaginalfistel war aber nicht völlig festzustellen.

Knecht lässt die Annahme offen, dass ebensogut die Rectovaginalfistel oder eine vielleicht überstandene gonorrhoische Infection, oder Obstipation mit Decubitusgeschwüren durch Kothballen die Veranlassung zu den Ulcerationen gegeben habe.

Der letzten Annahme wurde von vielen Seiten widersprochen. Die Annahme, dass die Rectovaginalfistel Veranlassung zur Darmerkrankung gegeben habe, ist nach der Krankengeschichte dieses Falles unwahrscheinlich, denn Obstipation, Blut und Eiterabgang aus dem Anus sind von der Patientin 7 Jahre bevor Flatus aus der Scheide abgingen, beobachtet worden. Bei dem von Knecht in der freien „Vereinigung der Chirurgen Berlins“ vorgestellten Falle wurde von Wolff-Berlin die Resection des Steissbeins und der unteren linksseitigen Partie des Kreuzbeins ausgeführt, und das Mastdarmende in seiner ganzen Länge bis über die Striktur hinaus aufgeschnitten, um zu übersehen, wie weit die Ulcerationen nach oben reichten. Vom Anus bis 3 cm darüber war das Recturn frei, dann folgte eine sehr enge, starre Striktur, 1 cm lang mit federkieldünnem Lumen, und darüber die typischen Ulcerationen. 4 cm oberhalb der Striktur war wieder gesunde Schleimhaut vorhanden. Es wurde das centrale Darmende von seinen Anhängen befreit, nach Hohenegg durch das anale Ende nach unten hindurch gezogen und ringsum mit der Haut im Umfang der Analöffnung vernäht. Der Heilerfolg war ein guter, Patientin kann nur sehr dünnen Stuhl nicht halten.

Nach einer Statistik von Arthur Schulz[1]) über 20 bis jetzt vorliegende Fälle von Resectio recti bei strikturirender Mastdarmverschwärung sind 15 Fälle vollkommen, 4 unvollkommen geheilt. 1 mal Tod durch Blutverlust. Von den 15 vollkommen geheilten Fällen waren nur 6 dauernd geheilt, bei 9 Fällen fehlt die genügende Beobachtungszeit. Im Ganzen waren also 30% dauernder Heilungen.

[1]) Pathogenese und Behandlung der stricturirenden Mastdarmverschwärungen. Arthur Schulz, Leipzig 1893.

Dem gegenüber stellt Knecht (cf. oben) eine Statistik auf über die Erfolge der wegen des gleichen Leidens ausgeführten Colostomien, um ein Urtheil darüber zu bilden, ob Resection oder Colostomie vorzuziehen sei.

Bis zum Jahre 1876 hatte van Erkelens[1]) 48 Fälle von Colostomie wegen strikturirender Mastdarmverschwärungen zusammengestellt. Dieselben umfassen 30 Todesfälle schon in den ersten Tagen oder Wochen nach der Operation, 13 Fälle unvollkommener Heilung, 5 Fälle vollkommener Heilung bei einer Beobachtungszeit von einem Jahre und darüber.

Zu den 48 Fällen van Erkelens fügt Allingham[2]) neun weitere Fälle mit 8 Heilungen und einem Todesfall an Peritonitis hinzu.

Des weiteren führt Knecht[3]) noch 12 andere Fälle an, von denen 2 Fälle dauernde Heilungen, 4 nicht genügend lang beobachtete, geheilt entlassene und 6 Todesfälle innerhalb 2 Monaten nach der Operation sind.

Unter den 2 geheilten Fällen ist der Fall von Thiem[4]) zugleich der einzige, in dem nach völliger Ausheilung der Mastdarmulcerationen der Anus praeternaturalis nachträglich geschlossen werden konnte. Einen gleichen Erfolg hofft auch Lindner[5]) in einem Falle, und ebenso Langenbuch[6]).

Insgesamt umfasst also die Knecht'sche Statistik 69 Fälle von Colostomie bei strikturirenden Mastdarmulcerationen. Von diesen Fällen können 7 als dauernd geheilt gelten, bei 25 geheilt entlassenen Fällen fehlt noch hinreichende Beobachtungsdauer oder Bericht, bei 37 der Colostomie unterworfenen ist kurze Zeit nach der Operation der Tod erfolgt.

Im Ganzen hat also diese Methode nur etwa 10 % dauernde Heilungen, die Resection des Mastdarms schon nach Schulz's Statistik 30 %.

Daraus folgert Knecht, dass für alle Fälle von stricturieren-

[1]) Archiv f. klinische Chirurgie, B. 23, pag. 41.

[2]) Britisch med. Journal 1893, I. pag. 1013.

[3]) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins, Deutsche med. Wochenschrift 1894, H. 32.

[4]) Verhandl. d. deutschen Gesellsch. f. Chirurgie, 1892 I. pag. 49.

[5]) Deutsche med. Wochenschrift 1894, H. 32.

[6]) ibid. H. 42, pag. 114.

den Mastdarmulcerationen, in denen kein Verdacht auf Ulcerationen im Dünndarm und keine zu hochsitzenden, das Leben gefährdenden Ulcerationen und Stricturen vorhanden sind, die Resectio recti als das vorzuziehende Verfahren erscheint. Diese Folgerung begründet Knecht noch damit, dass allein die Resection die „Noxe" dauernd aus dem Körper entfernt, und gefolgt von einer eventuellen Operation zwecks Herstellung der Continentia alvi eine wirkliche Heilung herbeiführt und den Kranken seiner Berufsthätigkeit zurückgiebt. Dann erörtert Knecht noch, dass selbst bei einer Incontinenz nach Resection des Rectum der Kranke sich physisch viel weniger durch dieselbe deprimiert fühle, als wenn er auf dem ihm viel unnatürlichen erscheinenden Wege per Colostomiewunde seinen Kot entleert. Dann bespricht er zwei Methoden, welche von Willems[1]) und von Gersuny[2]) zwecks Verhütung einer Incontinenz bei Resection und Amputation des Rectum vorgeschlagen werden. Willems will den Rand des glutaeus maximus zur Bildung eines neuen Schliessmuskels derart verwenden, dass nach stumpfer Trennung der Muskelbündel und nach Durchschneidung der Ligamenta tuberososacra und spinososacra das Darmende nach der äusseren Haut herabgezogen und mit ihr vereinigt wird.

Gersung will das Darmende so herunterziehen, dass es ungefähr 170° um seine Längsachse torquiert wird, und dann in dieser Lage mit der äusseren Haut vernähen. Dadurch soll ein Verschluss zu Stande kommen, wie ihn etwa die eng aneinander liegenden Falten eines Tabaksbeutels darstellen.

Einen Versuch mit dieser letztgenannten Operationsmethode hat Herr Prof. Krause in Altona in einem Falle von syphilitischer Mastdarmverschwärung mit Strictur und Fistelbildung gemacht.

Ich möchte diesen Fall genauer schildern und zugleich auch an dieser Stelle Herrn Prof. Krause für die gütige Ueberlassung des Materials und für die Anregung zu dieser Arbeit meinen herzlichsten Dank sagen.

Frau N., aus gesunder Familie, hat seit dem 14. Lebensjahre regelmässig, ohne Beschwerden menstruirt, 3 mal ohne Kunsthülfe geboren und ungestörte Wochenbetten durchgemacht. Die erste Geburt war vor 7, die letzte vor 3 Jahren. Das erste Kind starb mit $^5/_4$ Jahren, das zweite Kind lebt, das dritte starb

[1]) Centralblatt für Chirurgie 1893, pag. 401.

[2]) ibid. pag. 553.

unmittelbar nach der Geburt. Vor 3 Jahren, nach der Geburt des letzten Kindes litt Pat. an Geschwüren in der Vulva und an Bubo in der Leistengegend. Sie wurde damals einer Schmierkur unterworfen.

Befund bei der Aufnahme am 19. Juli 1894:

Mittelgrosse, magere, sehr blasse, heruntergekommene Frau; Herz und Lungen bieten nichts Bemerkenswertes; Leber ist leicht vergrössert, hat glatte Oberfläche. Milz nicht palpabel, nicht vergrössert. Auf der linken Schulter 6 etwa linsengrosse, borkige Auflagerungen auf geröteter Basis. In der linken Inguinalgegend Narbe von Bubo herrührend, Cubitaldrüsen nicht geschwollen, Cervicaldrüsen und Submentaldrüsen leicht geschwollen, indolent. Rechts Rosenmüllersche Drüsen indolent und geschwollen. Der rechte Nasenflügel zeigt kleine, circumscripte Rötung. Auf dem Halse besteht ausgeprägtes Leucoderma, auf dem rechten Oberarm braunrote linsengrosse, narbige Efflorescenzen der Haut, die zum Teil confluirt sind. Unter den Fusssohlen sind Hautverdickungen auch da, wo der Fuss nicht auftritt. Am linken Zungenrande Rhagaden, Psoriasis linguae.

Aus der Urethra fliesst kein Secret, aus der Vagina besteht Ausfluss von bräunlich-eitrigem Secret. Am Perineum befinden sich breite und spitze Condylome und in der Umgebung des Afters mehrere Mastdarmfisteln. Aus dem Anus fliesst reichlich gelb-eitriges Secret. Bei der Digitaluntersuchung wird eine tief gelegene Strictur des Rectums festgestellt, Die Mastdarmschleimhaut ist stark ulceriert. Die Geschwüre sind kraterförmig und liegen vorzugsweise auf den Faltenhöhen der Schleimhaut; sie sind mit schleimig-eitrigen Massen bedeckt.

Die Patientin begann am 22. Juli eine Schmierkur von je 4 gr. grauer Salbe 6 Tage lang und nahm an jedem 7. Tage Reinigungsbad. Daneben wurde täglich 3 gr. Jodkali gegeben. Die Condylome wurden mit Calomel gepudert, das Rectum täglich 2 mal mit Mull und Praecipitatsalbe austamponiert. Am 8. Behandlungstage war das Zahnfleisch missfarben und es bestand foetor exuore. Das Zahnfleisch wurde mit Jodtinctur gepinselt. Am 13. Behandlungstage wurde wegen Stomatitis die Schmierkur unterbrochen. Am 22. Tage wurde Injection von Hydrargyrum salicylic 2,0 : 20,0 eine Spritze voll in die Nates und 2 Tage später eine gleiche Einspritzung gemacht. Das Gewicht betrug zu dieser Zeit 41,30 kg. Am 21. August traten leichtes Fieber und Durchfälle ein und wurden mit Opiumtinctur wirksam behandelt.

Am 30. October wurde bei der Pat. die Exstirpation der erkrankten Rectumpartie vorgenommen. Die Operation wurde nach folgender Methode ausgeführt. Ein Längsschnitt wurde vom After bis zur Verbindungslinie zwichen Steissbein und Kreuzbein in der Mittellinie geführt, darauf das Steissbein umschnitten und mit der Langenbeckschen Knochenzange herausgehoben. Das Rectum wurde vom Kreuzbein stumpf gelöst und ringsum in seinem ganzen Umfange, auch von der Scheide mit den Fingern losgeschält. Das After wurde mitsammt den Mastdarmfisteln umschnitten. Da eine Rectovaginalfistel bestanden hatte, so entsteht durch Exstirpation des Rectum in der hinteren Scheidewand dicht oberhalb des introitus vaginae ein 10-Pfennigstück grosses Loch. Als wahrscheinliche Veranlassung der Rectovaginalfistel wird bei der Operation an dieser Stelle ein wallnussgrosses zerfallendes Gumma nachgewiesen und mit entfernt.

Das Bauchfell wurde eröffnet und das Mesorectum umstochen und doppelt

unterbunden. Das Rectum wird heruntergezogen und ein vom Anus angemessen, 12 cm langes Stück desselben exstirpiert. Der Defect in der hinteren Scheidewand wird durch Catgutknopfnähte geschlossen. Jodoformgase wird in die Wundhöhle eingelegt und das centrale Rectumende in die frühere Analöffnung eingenäht. Dabei wird das Rectum nach Gersuny's Vorschlag etwa 180° um seine Längsachse gedreht. Verschluss der übrigen Wunde bis auf den hinteren Wundwinkel durch Seidenknopfnähte. Der Blutverlust während der Operation war ziemlich erheblich

Abends 7 Uhr war der Puls sehr klein und frequent, Pat. ist blass und klagt über Atemnot. $^1/_2$stündlich bekam sie Campherinjectionen und einmal eine subcutane Infusion von circa 1500 gr. physiologischer Kochsalzlösung in die Bauchdecken. Am 31. October war das Allgemeinbefinden besser, der Puls kräftiger, 108 in der Minute. Erbrechen fand nicht statt.

Der Wundheilverlauf war abgesehen von anfänglichen leichten Temperatursteigerungen ungestört.

26 Tage nach der Operation steht Pat. auf und geht mit Unterstützung im Zimmer umher. Nach weiteren 3 Tagen geht Pat. ohne Unterstützung schon gut umher.

Bis zum 3. Januar wurde täglich Verband gewechselt. Am 1. und 3. Januar 1895 wurden warme Sitzbäder verordnet. Das Gewicht am 3. Januar betrug 50,00 kg gegen 41,30 kg vor der Operation. Pat. wird am 3. Januar 1895 geheilt entlassen. Die Operationswunde ist fest vernarbt. Auch die Rectovaginalfistel ist geheilt. Es besteht eine grosse Analöffnung, aus der die Rectalschleimhaut etwas hervorragt. Pat. kann nur festen Stuhl halten, merkt jedoch rechtzeitig, wenn etwa dünner Stuhl erfolgen soll. Sie ist mit diesem Zustand sehr zufrieden und wird weniger dadurch belästigt, als durch die Fisteln vor der Operation. Pat. hat sich sehr erholt und sieht gesund aus. Der mikroskopische Befund stellt mit Ausschluss anderer Erkrankungen „gummöse Wucherungen" fest.

In diesem Falle ist Lues als aetiologisches Moment für die Ulcerationen, Strictur und Mastdarmfisteln mit grösster Wahrscheinlichkeit anzunehmen, für die Rectovaginalfisteln, durch das erweichte Gumma sichergestellt. Durch Vorhandensein eines Gumma zwischen Rectum und Vagina ist auch das ganze Wesen der Erkrankung als Syphilis gekenntzeichnet und es dürfte in diesem Falle die Pathogenese genau nach dem von Esmarch oben angeführten Modus schrittweise vor sich gegangen sein.

Es haben sich aber auch manche Autoren gegen die Annahme gewandt, dass Syphilis die chronische Mastdarmverschwärung verursacht: Poelchen[1]) kommt (in seiner im Virchow'schen Archiv, Band 127 pag. 169 veröffentlichten Arbeit über Aetiologie der strikturierenden Mastdarmgeschwüre) zu dem

[1]) Poelchen, Aetiologie der strikturierenden Mastdarmgeschwüre. Virchow's Archiv. Bd. 127. pag. 169.

Ergebniss, dass Syphilis bei der Entstehung der Mastdarmgeschwüre nicht die grosse Bedeutung habe, die ihr von anderer Seite zugeschrieben werde; er leugnet den Zusammenhang also nicht für alle Fälle. Poelchens Statistik umfasst 219 Fälle; davon waren 190 Frauen, 2 Kinder, 25 Männer und 2 mal fehlte eine Angabe. 102 mal fanden sich Angaben über Vorhandensein von Lues, 96 positive, 6 negative. Diese 6 negativen Angaben beweisen weder nach der einen noch nach der anderen Seite allzuviel.

Aetiologisch kommen nach Poelchen für stricturierende Mastdarmulcerationen in Betracht: Quetschungen des Mastdarms bei Geburten, Quecksilberdyssenterien, Abscessbildung am After, epidemische Dyssenterie, Ulcerationen der Mastdarmschleimhaut durch Druck fester Kothballen bei Verstopfung, die nach Poelchens Ausführung gerade bei den puellae publicae, welche hier hauptsächlich in Betracht kommen, sehr häufig ist. Ich glaube, dass Syphilis bei dieser Klasse doch mindestens ebenso häufig zu finden sein dürfte, wie Obstipation, und dass, wie ich am Schluss erörtern will, Syphilis mit Obstipation in Verbindung gebracht werden muss.

Eine besonders wichtige Kategorie bilden nach Poelchen die Fälle, in denen Mastdarmstricturen und Ulcerationen bei gleichzeitiger Rectovaginalfisteln bestehen, da durch sie infectiöses Material aus der Scheide in den Mastdarm geflossen sein kann.

Es wäre dies möglich, wenn es sich um primaer syphilitische Mastdarmgeschwüre handelte; nach von Esmarch sind diese aber von den „gummösen Geschwüren" scharf zu unterscheiden. Meist ist auch wohl die Mastdarmscheidenfistel auf die Art entstanden, welche der oben beschriebene Fall von Krause illustriert. Von der Möglichkeit, dass Scheidensecret durch den Anusring in den Mastdarm fliessen könnte, will auch Poelchen nichts wissen.

Als häufigsten Grund für die Entstehung von Rectovaginalfisteln führt er Vereiterung der Bartholinschen Drüsen an, welche in das Rectum durchbrechen. Diese nachgewiesene Thatsache erklärt aber nicht das Zustandekommen tertiaer syphilitischer Geschwüre im Mastdarm, und um solche handelt es sich bei der Proctitis ulcerosa.

Nickel[1]) hat (Virchow's Archiv Bd. 127 pag 272) 15 Fälle von Mastdarmverschwaerung bearbeitet, und hält die zweifellos

[2]) Nickel, Virchow's Archiv, Bd. 127, pag. 272.

syphilitischen Ulcerationen gummösen Ursprungs für sehr selten. Er betont besonders die Unwahrscheinlichkeit einer gonorrhoischen Infection, da der Sitz der Geschwüre gegen diese Annahme spräche. Die Hauptschuld an den Ulcerationen giebt Nickel den Traumen und dem Decubitus. Bei Betrachtung der Traumen wendet er sein Hauptaugenmerk auf die Verletzungen mit der Kystierspritze, bei Betrachtung des Decubitus, auf die eingedickten Kotballen bei Koprostase.

Schuchardt[1]) weist in einem Vortrage über Pathologie der Mastdarmulcerationen (gehalten am 12. März 1894 in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins) diese Ansichten sehr entschieden zurück, und geht zu den positiven Kriterien über, welche für Syphilis sprechen. Er sagt: „Bei den Geschwüren älteren Datums, wie sie vom Sectionstische her beschrieben sind, ist allerdings oft nichts mehr von einem specifischen Character zu entdecken, es sind torpide, von Schwielen umgebene, zur Fistelbildung und Strictur neigende Verschwärungen der Mastdarmschleimhaut, die bei der mikroskopischen Untersuchung nur das erkennen lassen, dass es sich weder um Krebs noch um Tuberkulose handelt. Anders verhält es sich aber, wenn man die Anfangsstadien des Leidens zu sehen bekommt, was freilich nicht häufig der Fall ist, da die Krankheit oft ganz schleichend und unbemerkt beginnt und ihren Träger nicht belästigt, andere male freilich auch schon im Beginn heftige Beschwerden verursacht."

Er führt dann drei Fälle aus, bei denen er Gelegenheit hatte, die frühen Stadien und die Entwickelung des Leidens zu beobachten. Diese Beobachtungen stützen die von Esmarch im Anfange angeführte Theorie.

Ich will diese 3 Fälle in den wichtigsten Punkten kurz wiedergeben:

Der erste Fall betrifft eine 24jährige Frau mit ziemlich frischer Lues. Ausser zahlreichen Erscheinungen von Syphilis fand sich auf der Mastdarmschleimhaut links, dicht oberhalb des Sphincter anus ein kleines Geschwür. Nach nur 5wöchentlicher Schmierkur verschwanden die meisten Erscheinungen der Lues, doch traten am anus papillomartige Wucherungen auf, welche

[1]) Schuchardt, Zur Pathologie der Mastdarmulcerationen, Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins, 12. März 1894. Deutsche Med. Wochenschrift 1894, Heft 40—42, pag. 106.

oberflächlich ulcerierten. Die Stuhlentleerungen wurden schmerzhaft und eine Untersuchung des Mastdarms ergab, dass der geschwürige Process bedeutende Fortschritte gemacht hatte. Es wurde deshalb Exstirpation der multiplen Papillome am anus nebst Teilen der angrenzenden Mastdarmschleimhaut, welche bereits mehrfache Geschwürsbildungen eigentümlicher Art zeigte, vorgenommen. Die grösste der genannten Ulcerationen war fast ein Markstück gross und es musste hier mit Schonung des Sphincter ein grosses Stück der Mastdarmschleimhaut excidiert werden. Die Ulcerationen durchsetzten die Schleimhaut in ihrer ganzen Dicke und zeigten rosettenförmige, gezackte Ränder. Die Submucosa war ganz frei, es bestanden keine Fisteln. Die den Geschwüren benachbarte Schleimhaut war vielfach etwas wulstig und hier und da von eigentümlichem, dunkelrotem, körnigem Aussehen. Die ganze Schleimhaut war ungemein blutreich. Im $^3/_4$ des Anusumfanges wurde ein etwa 1 cm breiter, aus Haut und Schleimhaut bestehender Streifen excidiert und mit feinen Nähten die Wundränder vereinigt, nur der rechte vordere Quadrant des Afters blieb frei. Hier befanden sich nur einige kleine, furunkelähnliche Hautgeschwüre, die mit dem scharfen Löffel ausgekratzt wurden.

Die Patientin wurde 4 Monate nach der Operation geheilt entlassen. Die Papillome waren gänzlich beseitigt, der Mastdarmverschluss war gut. Die Mastdarmschleimhaut war bis auf eine kleine Granulationswucherung links fingergliedhoch über dem Anus normal.

Schuchardt's zweiter Fall betrifft eine syphilitische Frau von 28 Jahren, bei der es sich um ein Mastdarmgeschwür dicht oberhalb der Sphincter handelte, welches durch beerenartige, weiche Wucherungen ausgezeichnet war. Schuchardt konnte an dem Falle im Laufe der Beobachtungen ein deutliches Fortschreiten des geschwürigen Processes nach oben bemerken. Es wurde Exstirpatio recti vorgenommen und die Patientin nach 3 Monaten mit leidlicher Continenz entlassen.

Schuchardt beschreibt an dem Präparat, dass das Geschwür nicht ganz ringförmig und sein Uebergang in die gesunde Mastdarmschleimhaut durch eine fast continuierliche, rosenkranzähnliche Kette von Knoten gekennzeichnet gewesen sei. Diese Knoten seien von wechselnder Grösse, die kleinsten sichtbaren etwa stecknadelknopfgross von dunkel-blauroter oder fast schwärz-

licher Farbe nur wenig über die Schleimhautfalten hervorragend, die grösseren bis über erbsengross, halbkugelig und selbst polypös dunkel- oder blassrot gewesen. Ihre Consistenz sei durchschnittlich etwas derber als gesunde Schleimhaut, ihre Oberfläche sammetartig gewesen.

Schuchardt hält diese eigentümlichen schwarzroten, sammetartigen Knoten für pathognomonisch für das Frühstadium der gummösen Mastdarmsyphilis und bringt von Esmarchs Ansicht und Nomenklatur in Gebrauch.

Auch der mikroskopische Befund ergab in beiden Fällen und ebenfalls in dem drittem Falle, dass es sich unzweifelhaft um eine syphilistische Erkrankung handelte: es fanden sich in allen 3 Fällen miliare Gummigeschwülste.

Bei dem 3. Falle ergab weder Anamnese noch sonstiger Befund mit Sicherheit Lues; der After zeigte papillomatöse Wucherungen; die Mastdarmschleimhaut war 5 cm oberhalb des Afters in der eben besprochenen characteristischen Weise teils lappig, teils papillomatös, teils narbig verändert. Darüber befand sich eine membranartige, für Fingerkuppe durchgängige Strictur, oberhalb dieser nur eine kleine Ulceration.

Die hintere Scheidenwand war ebenfalls stark ulceriert und zum Teil unterminiert; es bestand aber noch keine Fistel. Der Afterring wurde ausserhalb der papillomartigen Wucherungen umschnitten. Es wurde dann ein Längsschnitt bis zur Steissbeinspitze gemacht. Bei Eröffnung des Mastdarms zeigte sich, dass die Schleimhaut oberhalb der Strictur, wo der untersuchende Finger nur ein kleines Geschwür hatte fühlen können, in Form einer ganz flachen Ulceration erkrankt war. Innerhalb derselben waren die für den Beginn der gummösen Mastdarmerkrankung characteristischen kleinen, blauschwarzen, sammetartigen Knötchen sichtbar. Der Darm wurde frei praepariert, in der vorderen Medianlinie eröffnet und das Ende dieses Schnittes mit dem vorderen Hautwundwinkel vernäht, dann wurde ein fingerlanger Darmabschnitt entfernt. Die Heilung ging glatt vor sich; die nachbleibende Incontinentia alvi wurde durch Tragen einer Pelotte ausgeglichen.

In allen seinen Befunden bei nicht veralteten

Mastdarmverschwärungen hält Schuchardt jeden Zweifel für ausgeschlossen, dass es sich in der That um echte syphilistische Gewebsveränderung handelt.

Zum Schluss wendet Schuchardt sich wiederum gegen die Ansicht, dass Koprostase für die Entstehung der Mastdarmverschwärungen in Betracht käme. Er begründet dies damit, dass im Beginn der Erkrankung keine Strictur vorhanden sei, dass die Schleimhaut unterhalb der Strictur am schwersten erkrankt sei, und die Beseitigung einer etwa bestehenden Koprostase auf den Krankheitsverlauf ohne Einfluss sei.

Wie ich oben bemerkte, dürfte vielleicht doch Koprostase, und zwar nicht unmittelbar, sondern mittelbar in den Kreis der ätiologischen Momente hineinzuziehen sein, ohne natürlich Syphilis als Aetiologie zu leugnen. Ich suche das folgendermassen zu erklären:

Sehr häufig haben Gummata an anderen Körperstellen, als im Mastdarm, von dessen gummösen Erkrankungen die Ulcerationen herrühren, ein nachgewiesenes Trauma als Veranlassung, oder die Lage des Gumma macht die Wahrscheinlichkeit eines stattgehabten Insults annehmbar. Einen derartigen Insult bildet für die Mastdarmschleimhaut der durch Koprostase verhärtete Kot.

Hierfür spricht in erster Linie der Sitz der Geschwüre, besonders auf den Faltenhöhen der Mastdarmschleimhaut, da hier der grösste Reiz, mithin die meiste Neigung zur Gummabildung besteht. Der Anschauung entspricht auch der Umstand, dass im letzten Mastdarmabschnitt, in welchen Kot nie längere Zeit verweilt, keine Erkrankungen gefunden werden; ferner, dass von der Strictur aufsteigend die verschiedenen Entwicklungsformen neben einander vorkommen.

Zur Stütze der entwickelten Ansicht ist vielleicht auch noch das seltene Vorkommen der syphilitischen Mastdarmverschwärung bei Männern im Gegensatz zu ihrer Häufigkeit bei Frauen, und wie Schuchardt sagt, bei Weibern niederer Klassen, welche fast ausschliesslich unregelmässige Defaecation haben, heranzuziehen.

Stellt doch Nickel in der oben erwähnten Arbeit, und ebenso viele andere Autoren die Behauptung auf, dass ohne Lues an sich schon die Obstipation, welche bei puellae publicae - und sie kommen nach Nickel für Mastdarmverschwärungen haupt-

sächlich in Betracht — sehr häufig sei, unmittelbar actiologischer Moment genug für Proctitis ulcerosa wäre.

Ich will ferner noch anführen, dass nach Colostomie, nachdem also der erkrankte Darmabschnitt den Insulten der Kotpassage entzogen ist, der destructive Ulcerationsprocess nicht blos zum Stillstand, sondern sogar zur Heilung gelangt.

Hierfür treten Lindner[1]) mit einem fast geheilten und Thiem[2]) mit einem völlig geheilten Falle ein, und Thiem sagt bei der Besprechung seines Falles: „Schon der Umstand, dass die Kotmassen nicht mehr die Passage durch den untern Teil des Darms zu nehmen brauchen, genügt eigentlich, um die Heiltendenz zu zeitigen."

Endlich ist bei Brandis Falle der Beginn der ersten Krankheitserscheinungen kurze Zeit nach Koprostase, vielleicht in Folge derselben aufgetreten.

Wenn also die Fernhaltung des Kots von der Mastdarmschleimhaut die Proctitis ulcesrosa syphilitica zum Stillstand und sogar zur Verheilung bringt, darf wohl angenommen werden, dass der mechanische Reiz des Kotes für den syphilitischen Darm eine Ursache der Gummabildung und Ulceration darstellt.

[1]) Sitzung der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins von 1894. Deutsche Med. W.-Schr. 1894 Bd. 32 pag. 80.

[2]) ibid.

Vita.

Ich, Ernst August Fischer, evang. Confession, wurde am 27. Juni 1868 in Hamburg, als Sohn des 1892 verstorbenen Kaufmanns W. M. Fischer geboren. Ich besuchte das Johanneum zu Hamburg, verliess dasselbe Michaelis 1889 mit dem Zeugniss der Reife und studierte abwechselnd in Kiel, Berlin und München Medizin. Das Physicum bestand ich am 30. Juli 1891, das Staatsexamen am 29. Mai 1894, das Examen rigorosum am 4. Juni 1894, sämmtlich in Kiel.

Meiner Dienstpflicht mit der Waffe genügte ich Winter 1889/90 bei der 12. Comp. Inf. Reg. Herzog von Holstein (holst.) Nr. 85 in Kiel; als Einj. Arzt diente ich bei der IV. Abt. Holst. Feld. Art. Reg. Nr. 24 in Altona, und beende am 20. Februar 1895 eine freiwillige 6 wöchentliche Uebung zwecks Beförderung zum Assistenzarzt II. Cl. der Reserve.